

Наименование медицинской организации

Код формы по ОКУД

Код учреждения по ОКПО

Адрес

Медицинская документация
Форма № 003-B/y

Лицензия

Утверждена приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от "15"июня 2015 г. № 344н

Медицинское заключение серия 5416 155562

о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств
(кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний,
медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению
транспортными средствами

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии)

2. Дата рождения: число месяц год

3. Место регистрации:

субъект Российской Федерации район

город населенный пункт

улица дом квартира

4. Дата выдачи медицинского заключения: число месяц год

5. Медицинское заключение:

Выявлено отсутствие (наличие) медицинских противопоказаний, медицинских показаний
или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами (нужное подчеркнуть)

Категории и подкатегории транспортных средств, на управление которыми
предоставляется право на управление транспортными средствами

«A»	«B»	«C»	«D»	«BE»	«CE»	«DE»	«Tm»	«Tb»	«M»	«A1»	«B1»	«C1»	«D1»	«C1E»	«D1E»

Медицинские ограничения к управлению транспортными средствами

1) Категории "A" или "M", подкатегории "A1" или "B1" с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа	
2) Категории "B" или "BE", подкатегории "B1" (кроме транспортных средств с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа)	
3) Категории "C", "CE", "D", "DE", "Tm" или "Tb", подкатегории "C1", "D1", "C1E" или "D1E"	

Медицинские показания к управлению транспортными средствами

С ручным управлением	
С автоматической трансмиссией	
Оборудованным акустической парковочной системой	
С использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для коррекции зрения	
С использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для компенсации потери слуха	

6. Фамилия, имя, отчество, подпись врача, выдавшего медицинское заключение:

М.П.

ДОГОВОР № _____

на оказание платных медицинских услуг

п. Хотынец

« _____ » _____ 201 ____ г.

БУЗ Орловской области «Хотынецкая центральная районная больница», именуемая в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Бурцева Ю. В., действующего на основании Устава и лицензии №ЛО-57-01-000748 от 18.11.2014 г., выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, с одной стороны, и гражданина(ки) _____ Ф.И.О., именуемого в дальнейшем «Пациент» с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг, «Пациент» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказывать «Пациенту» платную медицинскую услугу проведение медосмотра врачами специалистами хирург, невролог, офтальмолог, ЛОР, невролог и психонрколог на пригодность к управлению транспортными средствами

1.2. Срок оказания медицинской услуги _____

1.3. Платные медицинские услуги (порядок, объем, условия, качества) оказываются в соответствии с положением «О порядке предоставления платных медицинских услуг населению БУЗ «Хотынецкая ЦРБ»

2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Цена услуги в соответствии с прейскурантом составляет _____ руб. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия «Пациента» с оплатой по утвержденному прейскуранту.

2.2. Оплата медицинской услуги производится путем перечисления на расчетный счет «Исполнителя» до оказания медицинской услуги (предоплата).

2.3. «Пациент» ознакомлен с территориальной программой обязательного медицинского страхования и данная медицинская услуга оплачивается им добровольно.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

3.1. «Исполнитель» обязан:

- оказывать «Пациенту» квалифицированную качественную медицинскую помощь в установленный договором срок;
- предоставить «Пациенту» бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставленной услуге;
- по окончании оказания медицинской услуги выдать соответствующий документ.

3.2. «Исполнитель» имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т.ч. и непредусмотренной данным договором;
- освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если это произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям предусмотренным Законом.

3.3. «Пациент» обязан:

- информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- своевременно оплатить стоимость оказания платных медицинских услуг;
- точно выполнять назначения врача;
- соблюдать правила внутреннего распорядка, относящиеся ко всем пациентам «Исполнителя».

3.4. «Пациент» имеет право:

- на предоставление услуг надлежащего качества;
- на предоставление информации о медицинской услуге;
- знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей;
- на возмещение вреда при ненадлежащем оказании медицинской услуги по вине «Исполнителя»;
- отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

4. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

4.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

4.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров в судебном порядке.

4.3. До обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий договора обязательно предъявление претензии, которая рассматривается другой стороной в течение 10 (десяти) дней.

4.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у «Исполнителя», другой у «Пациента».

5. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

«Исполнитель»

«Пациент»

БУЗ Орловской области «Хотынецкая ЦРБ»
Юрид. адрес: 303930, Орловская обл.,
п. Хотынец, ул. им. Сергея Поматилова, д.26
УФК по Орловской области
(БУЗ ОО «Хотынецкая ЦРБ», л/с 20546У66410)
Банк: Отделение Орел
р/сч: 40601810800001000001
БИК 045402001
ИНН 5726000433 КПП 572601001
КБК 00000000000000000130

Главный врач

Ю. В. Бурцев

АКТ

выполненных работ к договору на оказание платных медицинских услуг

от «___» _____ 20__ г.

п. Хотынец

«___» _____ 20__ г.

БУЗ Орловской области «Хотынецкая центральная районная больница», действующая на основании Устава и лицензии №ЛО-57-01-000748 от 18.11.2014 г, именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Бурцева Ю. В., с одной стороны, и гражданин(ка)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент» с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

«Исполнитель» оказал медицинскую проведение медосмотра врачами специалистами (хирург, терапевт, офтальмолог, лор, невролог и психонрколог) на пригодность к управлению транспортными средствами, надлежащего качества, в полном соответствии с договором № _____ от _____, и действующим законодательством.

«Пациент» к качеству и объему оказанных услуг претензий не имеет.

«Исполнитель»

«Пациент»

Гл. врач _____ Ю. В. Бурцев

_____ предусмотренным законом.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на оказание платной медицинской услуги по определению профпригодности
к управлению транспортным средством

Я, _____
(Ф.И.О.) (год рождения)

уполномочиваю врачей БУЗ «Хотынецкая ЦРБ» хирурга, терапевта, психонарколога, невролога, офтальмолога и ЛОР провести платную комиссию по определению моей профпригодности к управлению транспортным средством категории _____

Мне в доступной форме предоставлена информация о порядке оказания данной платной медицинской услуги содержащая следующие сведения:

1. стоимость и порядок оплаты данной медицинской услуги;
2. порядок оказания услуги и стандарты медпомощи, применяемые при предоставлении данной платной услуги;
3. информация о медработниках, предоставляющих данную услугу, их профессиональное образование и квалификация;
4. информация о методах оказания услуги, связанных с ней рисках, их последствиях и ожидаемых результатах.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы, связанные с получением данной услуги и получил(а) на них исчерпывающие ответы.

Добровольно соглашаюсь на оказание данной медицинской услуги.

Заказчик _____
(подпись) (расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20 ____ г.